

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 12 de Julho de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190426038**

**Vítima: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA**

**Data do Acidente: 11/03/2019**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), MIGUEL FRANCISCO DA SILVA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Miguel Francisco da Silva</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	<i>Miguel Francisco da Silva</i>		
6 - CPF:	<i>044.617.537-43</i>		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>Recaudor</i>	<i>Rua Santa Iúzia</i>	<i>54</i>	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Maria Andradeza</i>	<i>Bayeux</i>	<i>PB</i>	<i>58000-000</i>
15 - E-mail:	(16 - Tel (DDI): <i>(83) 98663-4900</i> )		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <i>2191</i>	CONTA: <i>13 261</i>	AGÊNCIA: <i>1</i>	CONTA: <i>13 261</i>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Bairro do local da vítima:			
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar os seguintes dados:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deu ou não nasceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e atenderem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



*Don. Eli Vaz da Silva*  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
*056-313-494-18*

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

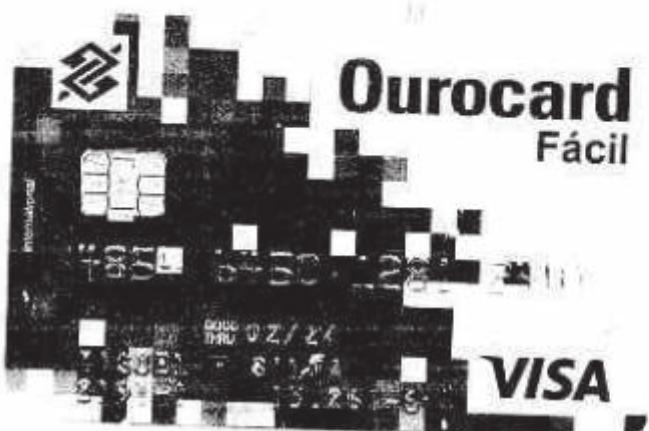
*Don. Eli Vaz da Silva*  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, *João Pessoa - PB 03/09/19*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





**CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA**

Nº 06224.01.2019.1.00.401

2<sup>o</sup> DSC

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial N° 06224.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:03 horas do dia 05 de junho de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu Miguel Francisco da Silva, CPF nº 044.617.537-43, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero masculino, profissão Agricultor, filho(a) de Regina Maria da Conceição e Francisco Anísio da Silva, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 10/07/1952 (66 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Santa Luzia, bairro Centro, tendo como ponto de referência Bayeux, na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98822-2301.

**Dados do(s) Fatos:**

Local: Rodovia Br 101, Doce Mel, Mamanguape/PB, bairro [indeterminado]; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/03/19 09:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

**E NOTIFICOU O SEGUINTE:**

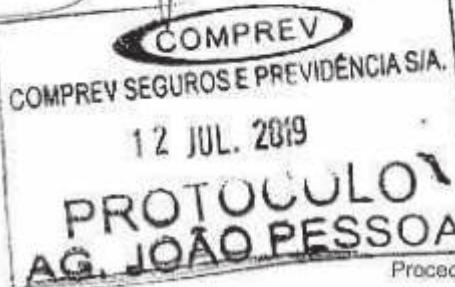
QUE NO DIA 11/03/2019, POR VOLTA DAS 09:30, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA START DE COR VERMELHA, ANO 2016/17, PLACA OXO-0422/PB, CHASSI 9C2KC2500HR021630, REGISTRADA EM NOME DE SEVERINO FERNANDES DE OLIVEIRA, NA RODOVIA BR 101, ALTURA DA CIDADE DE MAMANGUAPE/PB, A QUAL ESTAVA SENDO PILOTADA PELO SENHOR ADÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO, PORTADOR DO CPF 632225744-72, QUANDO O PNEU TRASEIRO DA REFERIDA MOTOCICLETA ESTOOU, FAZENDO COM QUE O SENHOR ADÃO PERDESSE O CONTROLE DA MESMA E OS DOIS CAÍSSEM NO CHÃO; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDO E DIAGNOSTICADO COM FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO, CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 05 de junho de 2019,

JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR  
Agente de Investigação

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA  
Noticiante



Procedimento Policial: 06224.01.2019.1.00.401



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:	<input type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº do sinistro ou ASL:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: <i>Miguel Francisco da Silva</i>	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
5 - Nome completo:	<i>Miguel Francisco da Silva</i>		
6 - CPF:	<i>044.617.537-43</i>		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
<i>Recaudor</i>	<i>Rua Santa Iúzia</i>	<i>54</i>	
11 - Bairro:	12 - Cidade:	13 - Estado:	14 - CEP:
<i>Maria Andradeza</i>	<i>Bayeux</i>	<i>PB</i>	<i>58000-000</i>
15 - E-mail:	(16 - Tel (DDI): <i>(83) 98663-4900</i> )		

DADOS CADASTRAIS

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR			
17 - Nome completo do Representante Legal:			
18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:			
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA		<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
		<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: _____	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input checked="" type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
AGÊNCIA: <i>2191</i>	CONTA: <i>13 261</i>	AGÊNCIA: <i>4</i>	CONTA: <i>6</i>
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

## 22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IMI - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IMI) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IMI que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IMI que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica as custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 39, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Balcão do ponto de vítima:	JUL. 2010
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar os seguintes dados:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deu ou nasceu? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	34 - Vítima deixou irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e atenderem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, bem como a responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.



*Don. Eli Vaz da Silva*  
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido  
*056-313-494-18*

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

*Don. Eli Vaz da Silva*  
37 - (\*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

40 - Local e Data, *João Pessoa - PB 03/09/19*

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto LucenaGOVERNO  
DA PARAÍBA

09.04

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1148357



Identificação do paciente				
ID 603571	Nome MIGUEL FRANCISCO DA SILVA			Sexo Masculino
Data de nascimento 10/07/1952	Idade 66 anos 8 meses 1 dia	Estado civil CASADO(A)	Religião CATOLICA	Prontuário
Mãe REGINA MARIA DA CONCEICAO				Pai FRANCISCO ANISIO DA SILVA
Escolaridade ANALFABETO				Responsável (Parentesco) MARIA APARECIDA SOARES - ACOMPANHANTE
DDD Móvel 83	Fone Móvel 991572994	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2877145	Nº Cns 206750039320001		
Local de procedência MAMANGUAPE		Tipo MUNICIPIO	UF PB	
Email	Naturalidade MAMANGUAPE	CBOR		
Endereço				
CEP 58291000	Município de residência CURRAL DE CIMA	UF PB	Logradouro ANTONIO FERNANDES	
Número SN	Complemento	Bairro CENTRO		
Admissão				
Data e Hora 11/03/2019 11:29:02	Número da pulseira <b>1000007251589</b>	Convenio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco				Origem do paciente RUA
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte SAMU	Quem transportou			
Sinais Vitais				
PA X mmHg	P脉	Temperatura		
Exames complementares				
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ] ECG [ ] Ultrasonografia [ ]
Dados clínicos	<p>Paciente em entrada na unidade, trazido pelo SAMU, vítima de acidente de moto</p> <p><i>Susiane Felipe da Silva COORDENADORA - ENF</i></p>			
Diagnóstico	<b>COMPREV</b> <b>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS/A.</b> <b>12 JUL. 2019</b> <b>Imprimir</b> <b>PROTÓCULO</b> <b>AG. JOÃO PESSOA</b>			
Atendido por JULLYO CESAR FERREIRO DOS ANJOS	CD			
	Tempo 33seg			



## Guia de Encaminhamento Externo

### Dados do paciente

Nome MIGUEL FRANCISCO DA SILVA					CNS 206750039320001	Prontuário	
Data de Nascimento 10/07/1952	Idade 66A 8M 1D	Sexo Masculino	Raça / Cor PARDA	Peso	Altura	Pressão	Temperatura
Nome da Mãe REGINA MARIA DA CONCEICAO		Nome da Pai FRANCISCO ANISIO DA SILVA					
Endereço ANTONIO FERNANDES	Bairro CENTRO					Cep 58291000	
Município CURRAL DE CIMA - PB	Telefone Residencial ( 83 ) 991572994					Telefone Celular	
Unidade de saúde solicitante HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA	CNES 2593262					Telefone ( 83 ) 32165700	

### Dados da unidade de atenção primária

Unidade de atenção primária COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA GOV TARCISIO BURITY	AP	Endereço RUA AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N, MANGABEIRA PROSIND I, JOÃO PESSOA - PB
Motivo do encaminhamento ALTA HOSPITALAR		
Resultado de exames complementares PACIENTE APRESENTA FRATURA FECHADA DE MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO. JA LIBERADO PELA NEUROCIRURGIA E CIRURGIA GERAL. CD: CONFORME PACTUAÇÃO. ENCAMINHO PACIENTE PARA ORTOTRAUMA DE MANGABEIRA.		
CID S82.5	Data de encaminhamento 12/03/2019 04:29:40	

Assinatura e carimbo do profissional

Carimbo de alta  
Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena

# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/07/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 02191-1

CONTA: 000010013261-8

---

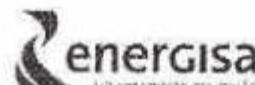
Nr. da Autenticação 35297CC74043FC72

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segundona via de conta.

Boleto para sempre pagamento da nota fiscal cassada da consignação aditiva : Nº 026.614.181



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
BR 230, KM 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 29.095.183/0001-40 Insc Est. 16.015.223-0

## DADOS DO CLIENTE

SEVERINO DO RAMO DA SILVA  
RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08  
BAYEUX

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/420506-8

REFERENCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAI/2019

27/05/2019

97

03/06/2019

R\$ 85,40

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/06/2019

Pagador: SEVERINO DO RAMO DA SILVA CNPJ/CPF: 044.995.544-38

RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002018614	000420506201905	03/06/2019	R\$ 85,40	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA

09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S/N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário:3064-3/2447-3



## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Severino Fernandes de Oliveira,  
RG nº 472.506, data de expedição 24/11/2017  
Órgão SSPB, portador do CPF nº 472-506154-91 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. jornalista Hilton Moraes nº 75,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Diguel Francisco da Silva, cujo o condutor era  
Adair Francisco do Nascimento.

Veículo: moto  
Modelo: HONDA START  
Ano: 2016/17  
Placa: OXO-0422/PB  
Chassi: 9C2KC2500HR021630  
Data do Acidente: 31-03-19  
Local e Data: João Pessoa, 30-06-19

CARTÃO  
VIEIRA BATISTA

Severino Fernandes  
Assinatura do Declarante  
(com reconhecimento de assinatura por verdadeira ou autenticidade)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



COMPREV  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S.A.

12 JUL. 2019

PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA

## Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Serviçario Fernandes de oliveira, RG nº 1472-506, data de expedição 14/11/2017  
Órgão SSP/RN, portador do CPF nº 472-506.154-91 com  
domicílio na cidade de João Pessoa, no Estado de  
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
R. formalista Hilton Moniz, nº 75,  
complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Dilma Francisco da Silva, cujo o condutor era  
Adair Francisco do Nascimento

Veículo: moto  
Modelo: HONDA START  
Ano: 2016/17  
Placa: OXO-0422/PB HR021630  
Chassi: 9C2KC2500  
Data do Acidente: 31-03-19  
Local e Data: Boa Vista, 30-06-19

**Assinatura do Declarante**  
(com reconhecimento de assinatura por verdadeira ou autenticidade)

### **Assinatura do Declarante**

(com reconhecimento de assinatura por verdadeira ou autenticidade)

**Assinatura do Condutor / caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro**

SERVICIO NOTARIAL "VIEIRA BATISTA" 2º OFICIO DISTITAL  
 Bel. Rondonio Vieira Batista - Sede: Bel. Boa Vista/Roraima - CEP: 69300-000  
 Cx. P. 1000 - CEP: 69300-000 - Tel. 65-3220-2000 - Fax: 65-3220-2000

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Fórmula(s) de.....  
 SEVERINO FERNANDES DE OLIVEIRA\*\*\*\*\*  
 .....  
 .....  
 Em testo, de verdade, João Pessoa-PB 10/06/2019 14:32:38  
 Maricleide Alexandre da Silva Moreira - FEGREVENUE AUT  
 [2019-025979]EMOL:RS 19.91 FARPEM/2019-06-26 SEPJ:RN 1-20-155-810000  
 SELO DIGITAL: AIR47661-LMFY  
 NO. Rua Elias Pereira de  
 Matos, 1000 - Centro  
 CEP: 58010-000 - São Luís-MA

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

12 JUL. 2019

12 JUL. 2010  
PROTÓCOLO  
AG. JOÃO PESSOA



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

E.V.

## LAUDO MÉDICO

### INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MIGUEL FRANCISCO DA SILVA
DATA DE NASCIMENTO	10/07/52
NOME DA MÃE	REGINA MARIA DA CONCEIÇÃO

### DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.148.357
DATA DO ATENDIMENTO	11/03/19
HORA DO ATENDIMENTO	11:29
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE MALEOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO
CID 10	

### AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada: Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, refere dor em pé direito, dor torácica e dor na cabeça e face. Nega perda da consciência. Glasgow 15. Paciente apresenta fratura fechada de maléolo medial de tornozelo direito. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

### EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de torax
RX de tornozelo direito
TC de crânio
RX de pé direito
TC de face

### RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura de maléolo medial de tornozelo direito

### TRATAMENTO:

Imobilização. Encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira, conforme pontuação.

ALTA HOSPITALAR:	12/03/19
DATA DA EMISSÃO:	06/05/19

Dr. José de Almeida Braga  
CRM: 2329/PB

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

## SALA DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2778696

Paciente <b>MIGUEL FRANCISCO DA SILVA</b>	BAE 1148357	Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/1952	Idade 66a 8m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991572994
Mãe <b>REGINA MARIA DA CONCEICAO</b>			
Enderégo: <b>ANTONIO FERNANDES, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CURRAL DE CIMA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO</b>	Nº Cons. Regional <b>6311/</b>
Data/Hora Classificação 11/03/2019 11:29:02		Data/Hora Prescrição 12/03/2019 04:28:49	

### Anamnese

PACIENTE EVOLUI COM QUADRO CLÍNICO ESTÁVEL, EUPNÉICO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO. ABDOME: FLÁCIDO, INDOLOR E SEM SINAIS DE IRRITAÇÃO PERITONEAL. REFERE DOR EM HEMITÓRAX ESQUERDO. PEÇO PARA REALIZAR RX DE TÓRAX POR NÃO ENCONTRAR O MESMO JÁ SOLICITADO NO SISTEMA. RX DE TÓRAX SEM EVIDÊNCIA DE HEMO OU PNEUMOTÓRAX.

CONDUTA: LIBERO DA CIRURGIA GERAL.  
SEGUE AOS CUIDADOS DA NEUROCIRURGIA.

### Conduta

Em observação

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

Dr. Cicero Ludgero A. de Melo  
Cirurgião Geral  
Cirurgião Oncológico  
CRM: 6311  
CICERO LUDGERO ALCINDO DE MELO  
(CRM: 6311/)



## AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, , JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>MIGUEL FRANCISCO DA SILVA</b>	BAE 1148357	Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/1952	Idade: 66a 8m 2d	Sexo Masculino	CNS 206750039320001
Mãe <b>REGINA MARIA DA CONCEICAO</b>			
Endereço <b>ANTONIO FERNANDES, SN</b>	Bairro CENTRO	Município <b>CURRAL DE CIMA</b>	UF PB
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JUAREZ SILVESTRE NETO</b>	Nº Cons. Regional 11302/PB
Data/Hora Classificação 11/03/2019 11:29:02		Data/Hora Prescrição 12/03/2019 04:01:43	

## Anamnese

#CIRURGIA GERAL#

#REAVALIAÇÃO#

#PACIENTE APRESENTA-SE CLINICA E HEMODINAMICAMENTE ESTAVEL. LOTE, AFIRMANDO DOR TORÁCICA LEVE E DOR EM MID. NEGA DISPNEIA, NAUSEAS, VOMITOS E DOR ABDOMINAL.

RADIOGRAFIA DE TORAX NÃO REALIZADA.

CD: 1, SOLICITO RX DE TORAX PA E PERFIL.

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + INSPIRACAO + EXPIRACAO + LATERAL)

## CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

## Conduta

Em observação

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

Dra. Déborah Nogueira  
Médica  
CRM: 11875

JUAREZ SILVESTRE NETO  
(CRM: 11302/PB)



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

POSTO IA

Endereço: INTERNO, S/N, JOAO PESSOA - PB, 11111111

Tel:

CNES: 454546

Paciente <b>MIGUEL FRANCISCO DA SILVA</b>		BAE 1148357	Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/1952		Idade 66a 8m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991572994
Mãe <b>REGINA MARIA DA CONCEICAO</b>				Prontuário
Endereço <b>ANTONIO FERNANDES, SN</b>		Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CURRAL DE CIMA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>		Profissional <b>ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES</b>	Nº Cons. Regional <b>5724/PB</b>
Data/Hora Classificação <b>11/03/2019 11:29:02</b>		Data/Hora Prescrição <b>11/03/2019 20:43:42</b>		

### Anamnese

**BMF: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 1 HORA REFERINDO DOR NO PÉ DIREITO, E TRAUMA NA CABEÇA E TORAX COM FERIMENTO ABRASIVO NA FACE. NEGA DESMAIO, VÔMITOS. ENCONTRA-SE EM MACA, VERBALIZANDO NORMOCORADO, AFEBRIL AO TOQUE.**

AO EXAME FÍSICO FOI OBSERVADO QUE OS MOVIMENTOS MANDIBULARES E ABERTURA DE ESTÃO PRESERVADOS. ACUIDADE VISUAL E MOVIMENTOS OCULARES PRESERVADOS

AO EXAME DE IMAGEM (TC DE FACE), FOI OBSERVADO TRAÇO DE FRATURA EM ASSOALHO DE ORBITA DIREITA.

| CD+

- 1 AVALIAÇÃO DA BMF  
2 ORIENTAÇÕES  
3 ALTA DA BMF COM RETORNO PARA REAVALIAÇÃO AMBULATORIAL NO HTOP DIA 22/03/2019  
4 AOS CHIPADOS DA ORTOPEDIA**

## Conducta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Ana Karina M. Tormes  
C. BULON, P.D.F. DE ACALI/DTM-DOF

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

**ANA KARINA DE MEDEIROS TORMES**  
**(CRO: 5724/PB)**


**AREA AMARELA**

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente <b>MIGUEL FRANCISCO DA SILVA</b>	BAE 1148357	Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/1952	Idade 66a 8m 2d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991572994
<b>Mãe</b> <b>REGINA MARIA DA CONCEICAO</b>			Prontuário
Endereço <b>ANTONIO FERNANDES, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CURRAL DE CIMA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>BRUNO DE LUNA ROMA</b>	Nº Cons. Regional <b>10075/PB</b>
Data/Hora Classificação 11/03/2019 11:29:02		Data/Hora Prescrição 11/03/2019 23:58:24	

**Anamnese**
**# ORTOPEDIA**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 1 HORA. REFERE DOR NO TORNOZELO E PÉ DIREITO, TÓRAX E TRAUMA NA FACE E CABEÇA. NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, COMORBIDADES OU ALERGIAS. PACIENTE DIABÉTICO

EF: EDEMA (2+/4+) NO TORNOZELO DIREITO; NEUROVASCULAR PRESERVADO NO MID; AUSÊNCIA DO 2º PODODÁCTILO DO PÉ DIREITO

RADIOGRAFIA DO PÉ DIREITO SEM SINAL DE FRATURA OU LUXAÇÃO

CD: SOLICITO RAIOS X TORNOZELO DIREITO  
ORIENTADO POR DR. RODRIGO AMARAL

**Conduta**

Em observação

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA


  
**BRUNO DE LUNA ROMA**  
(CRM 10075/PB)



## A DE OBSERVAÇÃO AREA VERDE

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 2165700

CN: 2778696

Paciente <b>MIGUEL FRANCISCO DA SILVA</b>	BAE 1148357	Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/1952	Idade 66a 8m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991572994
Mãe <b>REGINA MARIA DA CONCEICAO</b>			
Endereço <b>ANTONIO FERNANDES, SN</b>	Bairro CENTRO	Município CURRAL DE CIMA	UF PB
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS</b>	Nº Cons. Regional 8267/PB
Data/Hora Classificação 11/03/2019 11:29:02		Data/Hora Prescrição 11/03/2019 14:32:20	

## Anamnese

## Neurocirurgia ##

Avalio paciente com historia de queda de moto, sem sinais de alarme.  
negava dor cervical.

Ao exame: ECG 15, PIFR, sem déficit focal.

TC Cráneo sem afecções neurocirúrgicas de urgência.

Cd;

orienta sinais de alarme.

Alta da Neurocirurgia. \*

## Conduta

Em observação

Dr. Fernando R. Gondim C. de Vasconcelos  
NEUROCIRURGIA  
CRM-PB 8267  
CREMESP 158482

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

FERNANDO ROBERTO GONDIM CABRAL DE VASCONCELOS  
(CRM: 8267/PB)

## CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, Sn, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente <b>MIGUEL FRANCISCO DA SILVA</b>	BAE 1148357	Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02	Data Baixa
Data de nascimento 10/07/1952	Idade 66a 8m 1d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 991572994
Mãe <b>REGINA MARIA DA CONCEICAO</b>			Prontuário
Endereço <b>ANTONIO FERNANDES, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CURRAL DE CIMA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO</b>	Nº Cons. Regional <b>185222/SP</b>
Data/Hora Classificação 11/03/2019 11:29:02		Data/Hora Prescrição 11/03/2019 14:12:12	

## Anamnese

# ortopedia

paciente com dor,edema e reduçao de adm em tornozelo direito decorrente de acidente (nao especificou) hoje neurovascular preservado

cdt: rx de tornozelo direito ap e perfil

staff: dr toribio

## CUIDADOS

I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM, (OBSERVAÇÕES: OREINTAR PARA REALIZAR RADIOGRAFIA DE CALCANEU DIREITO EM AP E PERFIL)

## EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: RADIOGRAFIA DE CALCANEU DIREITO EM AP E PERFIL)

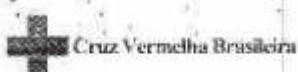
## Conduta

Em observação

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO  
(CRM: 185222/SP)

Dr. José Rogaciano Machado Couto  
CRM-PB 185222  
CRM-SP 185222



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



## AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB,  
58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente <b>MIGUEL FRANCISCO DA SILVA</b>	BAE 1148357	Data/Hora Entrada 11/03/2019 11:29:02	Data Baixa:
Data de nascimento <b>10/07/1952</b>	Idade <b>66a 8m 1d</b>	Sexo <b>Masculino</b>	Telefone de Contato <b>(83) 991572994</b>
<b>Mãe REGINA MARIA DA CONCEICAO</b>			Prontuário
Endereço <b>ANTONIO FERNANDES, SN</b>	Bairro <b>CENTRO</b>	Município <b>CURRAL DE CIMA</b>	UF <b>PB</b>
Acidente <b>QUEDA / OUTROS</b>	Motivo <b>ACIDENTE DE MOTOCICLETA</b>	Profissional <b>MIGUEL NUNES RODRIGUES TERCEIRO NETO</b>	Nº Cons. Regional <b>12002/PB</b>
Data/Hora Classificação: <b>11/03/2019 11:29:02</b>		Data/Hora Prescrição: <b>11/03/2019 11:38:45</b>	

### Anamnese

- CIRURGIA GERAL

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO HÁ 1 HORA . REFERE DOR NO PÉ DIREITO, TORAX E TRAUMA NA FACE E CABEÇA . NEGA PERDA DA CONSCIÊNCIA, VÔMITOS, CERVICALGIA, COMORBIDADES OU ALÉRGIAS.

AO EXAME:

- A: EM USO DE COLAR CERVICAL E PRANCHA RÍGIDA. VIAS AÉREAS PÉRVIAS.
- B: EUPNEICO, COM BOA SATURAÇÃO, TÓRAX SEM ALTERAÇÕES, MV+ AHT SEM RA.
- C: NORMOCÁRDICO E NORMOTENSO. ABDOME SEM SINAIS DE PERITONITE. PELVE ESTÁVEL.
- D: GLASGOW 15, PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES, MOBILIDADE DE MEMBROS PRESERVADA.
- E: SEM ESCORIAÇÕES OU SINAIS DE FRATURA.

CONDUTA

- ANALGÉSIA
- RADIOGRAFIA DE PE DIREITO, TORAX / TC DE FACE E CRANIO
- PARECER DA ORTOPEDIA BMF/NCR

### EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE

RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

### CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

### Conduta

Em observação

2007  
CRM-PB  
12002  
Miguel Nunes Rodrigues Terceiro Neto

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

MIGUEL NUNES RODRIGUES TERCEIRO NETO

(CRM: 12002/PB)

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

Name MIGUEL FRANCISCO DA SILVA	Data de Nascimento 10/07/1952	Idade 66a 8m 1d	Sexo MASCULINO
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		
Convenio SUS	Matrícula		
			Data da Entrada: 11/03/2019 11:29:02
Nome do medicamento		Dose	U.M.
Orientação de Uso		Via de Admin.	Veloc.
1	I - ORIENTAÇÕES PARA ENFERMAGEM	0,0	Observação: orientar para realizar radiografia de calcaneo direit em ap e perfil

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO  
CRM: 185222

DR. JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO  
CRM-PB 185222  
CRM-SP 185222

Atendimento: 201931956359

Data Nasc: 10/07/1952 - 66 anos

Paciente: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

Data Exame: 11/03/2019

## TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEIOS DA FACE

### Técnica

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

### Análise

Fratura da lâmina orbital do etmoide à direita associada a hemossinus no seio maxilar correspondente e de algumas células etmoidais deste lado.

Há ainda enfisema subcutâneo na região orbital à direita, em correspondência com as alterações citadas.

Espessamento mucoso de células etmoidais, bilateralmente.

Cavidades paranasais e células do etmóide com transparência preservada.

Infundíbulo direito e recessos esfenoetmoidais pérvidos obliterados pelas alterações descritas.

Infundíbulo esquerdo pérvio.

Cornetas nasais assimétricos, íntegros.

Septo nasal sem desvios significativos.

*O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.*



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
RESISTO:	2.877.145 - 2 VLA.
DATA DE EMISSÃO:	25/02/2013
ESPECIE:	25/02/1982
JOAQUIM FRANCISCO ANTÔNIO DA SILVA	
NASCIMENTO: MARIA DA CONCEIÇÃO	
CARMO DO CINTO - PB	
RDC - CINTRA	
CABIN M. 780 RLS. 91 LTV. 2	
CARPOATO INCARAU PB	
044.517.537-43	
ASSINATURA	
LEI 7.160/80	

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
12 JUL. 2019  
**PROTÓCOLO**  
**AG. JOÃO PESSOA**

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2.974.738 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 01/11/2018  
GERAL  
NOME DANIELLE MARIA DA SILVA

FILIAÇÃO MIGUEL FRANCISCO DA SILVA  
MARIA JOSE DA SILVA

NACIONALIDADE DUQUE DE CAXIAS-RJ DATA DE Nascimento 14/05/1984

DOC. ORIGEM NASC.N.2581 FLS.161 LIV.A-5  
CARTORIO DUQUE DE CAXIAS-RJ

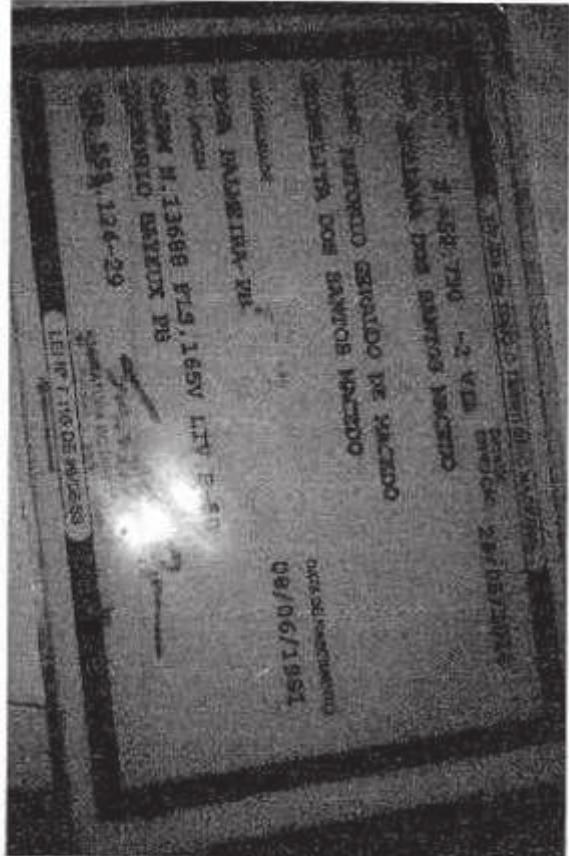
CPF 056.313.494-18

*Aldio Perera Furtado* A +  
Aldio Perera Furtado

BRASIL LEI N° 116 DE 25-06-83

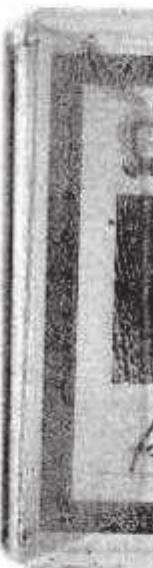
Vitória da Conquista





testemur hinc

rubrum



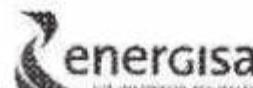
# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via de conta.

Este boleto para pagamento da nota fiscal da sua fatura da empresa Energisa.

Nº 025.514.181



energisa  
Energisa Paraíba - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 05.095.183/0001-40 Insc Est. 16.015.223-0

## DADOS DO CLIENTE

SEVERINO DO RAMO DA SILVA  
RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08  
BAYEUX

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/420506-8

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

MAI/2019

27/05/2019

97

03/06/2019

R\$ 85,40

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/06/2019

Pagador: SEVERINO DO RAMO DA SILVA CNPJ/CPF: 044.995.544-38

RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000

Nossa-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002018614	000420506201905	03/06/2019	R\$ 85,40	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é negocialável de conta.  
Bolício para simples pagamento da nota fiscal/conta da energia elétrica - N° 025.514.181



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 23.096.183/0001-40 - INSC. EST. 16.015.823-0

## DADOS DO CLIENTE

SEVERINO DO RAMO DA SILVA  
RUA SANTA LUZIA 54 CID 96 LT 08  
BAYEUX

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/420506-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	27/05/2019	97	03/06/2019	R\$ 85,40

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL				
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/06/2019				
Pagador: SEVERINO DO RAMO DA SILVA CNPJ/CPF: 044.995.544-38				
RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000				
Nossa-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
28249120002018614	000420506201905	03/06/2019	R\$ 85,40	00.096.183/0001-40
BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3				

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.  
Documento não é segunda-via da conta.  
Billet para simples pagamento da fatura bimestral de energia elétrica. N° 025.514.181



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.082.183 / 0001-40 Insc Est. 16.015.523-2

## DADOS DO CLIENTE

SEVERINO DO RAMO DA SILVA  
RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08  
BAYEUX

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/420506-8

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
MAI/2019	27/05/2019	97	03/06/2019	R\$ 85,40

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 11/06/2019

Pagador: SEVERINO DO RAMO DA SILVA CNPJ/CPF: 044.995.544-38

RUA SANTA LUZIA 54 QD 96 LT 08 - MARIO ANDREAZZA - BAYEUX / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
26249120002018614	000420506201905	03/06/2019	R\$ 85,40	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAÍBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190426038      **Cidade:** Mamanguape      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIGUEL FRANCISCO DA SILVA      **Data do acidente:** 11/03/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAÇO DE FRATURA EM ASSOALHO DE ÓRBITA DIREITA.  
FRATURA FECHADA DO MALÉOLO MEDIAL DO TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

P1/4

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO TORNOZELO DIREITO.

**Documentos complementares:**

**Observações:**

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

<b>DANOS CORPORAIS COMPROVADOS</b>	<b>Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)</b>	<b>Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)</b>	<b>% Apurado</b>	<b>Indenização pelo dano</b>
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
<b>Total</b>			<b>6,25 %</b>	<b>R\$ 843,75</b>

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190426038      **Cidade:** Mamanguape      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MIGUEL FRANCISCO DA SILVA      **Data do acidente:** 11/03/2019      **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 15/07/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** TRAÇO DE FRATURA EM ASSOALHO DE ÓRBITA DIREITA.  
FRATURA FECHADA DO MALÉOLO MEDIAL DE TORNOZELO DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

P1/4

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:** Sem sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:**

**Documentos complementares:**

**Observações:** EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

## DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0236577/19

**Vítima:** MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

**CPF:** 044.617.537-43

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 11/03/2019

**Titular do CPF:** MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

**Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Declaração do Proprietário do Veículo  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MIGUEL FRANCISCO DA SILVA : 044.617.537-43**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

**Documentação recebida sem conferência.**

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

### Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/07/2019  
Nome: MIGUEL FRANCISCO DA SILVA  
CPF: 044.617.537-43

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/07/2019  
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA  
CPF: 105.999.304-03

MIGUEL FRANCISCO DA SILVA

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA